第１号の２の９様式（第１条の５関係）

年　　月　　日

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

世田谷区長　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医番号

　　氏　　　名

児童福祉法第１９条の３第１項に規定する指定医の指定について更新したいの

で、児童福祉法施行規則第７条の１２の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 氏名 |  | |
| □ | 連絡先 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □ | 医籍登録番号 |  | |
| □ | 医籍登録年月日 | 年　　月　　日 | |
| □ | 主たる勤務先の医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |

※小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性

のある主たる医療機関（世田谷区内に所在する医療機関に限る。）について記載

してください。

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定書の写し

（裏面）

主たる勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関に変更があれば記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |